

## Solicitud de Enmienda a la Asistencia para la Adopción - Confirmación de Necesidades

### Características del cuidado físico / personal

#### ADOPTION ASSISTANCE AMENDMENT REQUEST – CONFIRMATION OF NEEDS

#### PHYSICAL / PERSONAL CARE CHARACTERISTICS

**Uso del formulario:** Esto confirma las necesidades especiales de atención del niño identificado abajo. El formulario Confirmación de Necesidades (Confirmation of Needs) debe ser completado por un profesional adecuado (por ejemplo, médico, terapeuta, psicólogo, personal de la escuela, etc.). La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

**Instrucciones:** Indique las características indicadas abajo que reflejan las necesidades especiales de atención **que no son adecuadas para la edad**. Firme, coloque la fecha y proporcione su relación profesional con el menor.

Nombre – Menor		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Nombre – Persona que completa el formulario (en letra de molde)	Relación profesional con el menor	Afiliación – (ej., escuela / guardería / instalación médica) Nombre:	
FIRMA – Persona que completa el formulario		Teléfono	Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

**(Marque todas las que no son adecuadas para la edad presentadas por el niño indicado arriba)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Necesita algo de ayuda para ponerse soportes o dispositivos prostéticos y ayuda con botones o cordones, pero básicamente se cuida a sí mismo y puede mantener sus propios dispositivos de asistencia física – Explicar:<br>_____<br>_____ | <input type="checkbox"/> Exhibe problemas de alimentación (por ejemplo, ingesta excesiva, extremo desorden, extremadamente lento para comer – requiere ayuda, supervisión o ambas)       |
| <input type="checkbox"/> Necesita asistencia para cuidar y mantener los dispositivos de asistencia física – Explicar:<br>_____<br>_____  | <input type="checkbox"/> Requiere alimentación por tubo o sonda  |
| <input type="checkbox"/> Requiere ayuda para vestirse, bañarse y necesidades generales relacionadas con el baño, incluido procedimientos de mantenimiento (por ejemplo, cambio de pañales y aplicación de catéteres) – Explicar:<br>_____<br>_____                 | <input type="checkbox"/> La administración de medicamentos o preparación de dietas especiales son exigentes, lo que requiere una o dos horas por día                                     |
| <input type="checkbox"/> Requiere cuidado especial frecuente para prevenir o remediar condiciones cutáneas graves (por ejemplo, escaras, eczemas graves). Indique la severidad y el cuidado necesario de los padres – Explicar:<br>_____<br>_____                  | <input type="checkbox"/> Asma – indique la gravedad y el método de control (por ejemplo, nebulizador, inhalador, etc., y uso):<br>_____<br>_____   |
| <input type="checkbox"/> Requiere la ayuda de una persona o dispositivo para caminar o moverse   | <input type="checkbox"/> Diabético   |
| <input type="checkbox"/> No ambulatorio  | <input type="checkbox"/> Requiere dispositivos para el drenaje, colostomía, aspiración, succión, cámara nebulizadora, etc.   |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones, disfunciones motrices, controladas por medicamentos   | <input type="checkbox"/> Requiere procedimientos preventivos como irrigación diaria  |
|  | <input type="checkbox"/> Requiere limpieza y lavandería extra para mantener la higiene corporal y controlar los desechos corporales del menor.   |
|  | <input type="checkbox"/> Requiere cuidado ortopédico que exige una cantidad excesiva de tiempo, cuidado y responsabilidad  |
|  | <input type="checkbox"/> Incluso con la atención médica adecuada, las funciones visuales, del habla o de la audición se ven dificultadas y pueden requerir la capacitación de los padres |

- Convulsiones incontrolables
- Requiere terapia para la motricidad fina o gruesa
- Requiere la preparación / supervisión de dietas especiales – Explicar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Terapias físicas recetadas como las que son para la visión, audición, habla, motricidad fina o gruesa requiere 1 a 2 horas por día
- Requiere terapias físicas recetadas que llevan 2 a 3 horas por día
- Otras características – Especifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Requiere rutinas de ejercicios recetados diarios para mejorar o mantener las destrezas de motricidad fina o gruesa que requiere la administración en la casa
- Síndrome de Tourette – Indicar la gravedad: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Trastorno / enfermedad sanguínea – Explicar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Escoliosis – Indicar la gravedad: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Devuelva el formulario completo a: Adoption Assistance  
 DCF/DSP  
 P.O. Box 8916  
 Madison, WI 53708-8916  
 o  
 Enviar por fax a: (608) 264-6750